

# THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

« MENTION MÉDECINE »

*Présentée et soutenue le mercredi 5 juillet 1905, à 1 heure.*

PAR

Marie **TESSÈNE**

Contribution à l'étude du Traitement chirurgical des Ulcères variqueux

## LE PROCÉDÉ

DE

## L'INCISION CIRCULAIRE DE CUISSE

*Président : M. RECLUS, Professeur.*

*Juges : MM. { POUCHET, Professeur.  
GOSSET, Agrégé.  
RICHAUD, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE  
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen** .....  
**Professeurs** .....

Anatomie .....  
 Physiologie .....  
 Physique médicale .....  
 Chimie organique et chimie minérale .....  
 Histoire naturelle médicale .....  
 Pathologie et thérapeutique générales .....  
 Pathologie médicale .....  
 Pathologie chirurgicale .....  
 Anatomie pathologique .....  
 Histologie .....  
 Opérations et appareils .....  
 Pharmacologie et matière médicale .....  
 Thérapeutique .....  
 Hygiène .....  
 Médecine légale .....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie .....  
 Pathologie expérimentale et comparée .....

Clinique médicale.....

Maladies des Enfants.....  
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....  
 Clinique des maladies des voies urinaires.....  
 Clinique d'accouchements.....  
 Clinique gynécologique.....  
 Clinique chirurgicale infantile.....

M. DEBOVE.  
 MM  
 POIRIER.  
 CH. RICHET.  
 GARIEL.  
 GAUTIER.  
 BLANCHARD.  
 BOUCHARD  
 HUTINEL  
 BRISSAUD  
 LANNELONGUE.  
 CORNIL.  
 MATHIAS DUVAL  
 RECLUS.  
 POUCHET  
 GILBERT  
 CHANTEMESSE.  
 BROUARDEL.  
 DEJERINE.  
 ROGER.

HAYEM.  
 DIEULAFOY.  
 DEBOVE  
 LANDOUZY.  
 GRANCHER  
 JOFFROY  
 GAUCHER  
 RAYMOND.  
 LE DENTU  
 TERRIER  
 BERGER.

DE LAPERSONNE  
 GUYON  
 PINARD.  
 BUDIN.  
 POZZI.  
 KIRMISSON.

## Agrégés en exercice.

MM.  
 AUVRAY  
 BALTHAZARD.  
 BRANCA  
 BEZANÇON.  
 BRINDEAU  
 BROCA Andre.  
 CARNOT.  
 CLAUDE.  
 CUNEO.  
 DEMELIN.  
 DEGREGZ.

MM  
 DUPRE  
 DUVAL.  
 FAURE.  
 GOSSET.  
 GOUGET.  
 GUIART.  
 JEANSELME.  
 LABBE.  
 LANGLOIS.  
 LAUNOIS.

MM  
 LEGRY.  
 LEGUEU.  
 LEPAGE.  
 MACAIGNE.  
 MAILLARD.  
 MARION.  
 MAUCLAIRE.  
 MERY.  
 MORESTIN.  
 POTOCKI.

MM  
 PROUST.  
 RENON.  
 RICHAUD  
 RIEFFEL (chef des  
 Travaux anatomiques.  
 TEISSIER.  
 THIROLOIX.  
 VAQUEZ.  
 WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur à la Faculté de Médecine  
Membre de l'Académie de Médecine.



## INTRODUCTION

« L'ulcère des jambes, dit Boyer, est de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, une des plus fâcheuses, parce qu'elle sévit principalement sur la classe inférieure de la société. » Cette phrase, que Lafaye, dans sa thèse de 1875, inscrit comme épigraphe, et qui est encore toute d'actualité, explique suffisamment qu'à toutes les époques, les chirurgiens se soient efforcés de porter remède à cette *crux medicorum* comme l'appel Wenzel, désolante par sa longueur, sa résistance aux traitements, et la fréquence de ses récidives.

Depuis longtemps on a essayé de voir plus loin que le mal, d'en chercher et d'en supprimer les causes, et les résultats obtenus dans cette dernière voie sont vraiment encourageants.

Deux grandes théories surtout cherchent à expliquer les causes de l'ulcération variqueuse. Certains n'admettent que l'une d'entre elles, à l'exclusion de l'autre ; d'autres, au contraire, reconnaissent une théorie eclectique qui associe les deux.

Guidés par la théorie vasculaire principalement, les chirurgiens anciens et récents ont proposé de multiples

procédés d'intervention sanglante portant d'une façon ou d'une autre sur le système circulatoire et, surtout, sur le système veineux. Même dans l'antiquité, et sans peut-être que l'on se rendit bien compte du processus qui amenait alors la guérison, ces interventions étaient pratiquées.

Plus récemment, la théorie nerveuse, brillamment soutenue, trouva des partisans qui s'efforcèrent de multiplier les procédés opératoires.

Mais les recherches continuent et il ne se passe pour ainsi dire pas d'année, qu'une communication nouvelle, résultats de procédés déjà connus, description de méthodes originales, ne vienne témoigner de l'intérêt que cette question, question de chirurgie journalière, offre au praticien.

Nous voulons seulement, dans ce travail, attirer l'attention sur un procédé déjà ancien, et qui, entre les mains de chirurgiens étrangers, a déjà fait ses preuves : *le traitement des ulcères variqueux par l'incision circulaire de cuisse.*

Les considérations dont ce procédé découle ne sont ni originales, ni neuves. Ce n'est là, à vrai dire, qu'une modification de détail apportée à la technique des incisions circulaires de jambe qui, depuis quelques années, ont été accueillies en France avec faveur, et dont le procédé de Moreschi est le type.

Mais comme la modification dont nous parlons peut être appelée, dans certains cas, à rendre des services, et justement dans le cas où le procédé de Moreschi et ceux qui en dérivent pourraient être d'une application un

peu difficile, nous avons cru bon d'appeler l'attention sur elle.

Si nous n'avons nullement l'intention de le proposer comme un traitement à tout faire, qui mérite d'être employé à l'exclusion de tout autre, il nous a paru bon cependant de le signaler, car il peut être utile, et on doit au moins le connaître.

L'œuvre chirurgicale ne consiste pas exclusivement dans la découverte des grandes méthodes qui bouleversent une époque, elle est souvent composée, morceaux par morceaux, de petits procédés, de détails de technique, sans lesquels d'ailleurs elle ne saurait progresser.

Après avoir exposé rapidement ce qui a trait à la cure sanglante des varices et ulcères variqueux, et essayé de montrer en rappelant la pathogénie de ces ulcères, en quoi cette thérapeutique — portant non pas sur l'ulcération elle-même, mais sur le système circulatoire du membre, — pouvait être bienfaisante, nous décrirons en détail le procédé qui fait l'objet de notre thèse. Nous montrerons en quoi il se rapproche des procédés similaires, le petit point sur lequel il en diffère, et nous donnerons en terminant les quelques observations recueillies dans le service de M. Schwartz à l'hôpital Cochin.

Nous aurions très vivement désiré pouvoir présenter ici des observations plus complètes, et suivies plus longtemps, car c'est là que réside leur véritable intérêt. Il ne nous a pas été possible de le faire. Mais nous n'en sommes pas moins profondément reconnaissante à M. le docteur Schwartz de nous avoir autorisée à puiser

ces documents dans son service si actif de l'hôpital Cochin, de nous avoir aidée de ses conseils, et d'avoir bien voulu nous communiquer oralement son impression personnelle sur l'opération que nous décrivons. Qu'il veuille bien en accepter ici nos sincères remerciements.

Nous tenons également à remercier M. le professeur Reclus qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et qui nous a accueillie avec une grande bonté.

## CHAPITRE PREMIER

Aussi loin que l'on remonte dans l'étude de la chirurgie des membres inférieurs, on trouve contre l'ulcère variqueux, affection connue de tout temps, la description des remèdes héroïques qui s'adressent aux veines. Bien avant sans doute qu'une explication plausible puisse en être donnée, et presque sûrement en suivant leur instinct, les chirurgiens anciens, contre les varices volumineuses et contre les ulcères de jambe, s'étaient attaqués au système veineux qu'ils supposaient cause de tout le mal. Cette théorie est, en effet, une des plus anciennes, et elle rendait compte (bien avant le mécanisme invoqué par Trendelenbourg), des troubles trophiques divers causés par les varices.

Successivement (1) on a proposé la destruction de la lumière de la veine, la ligature simple, l'excision veineuse portant sur une étendue plus ou moins grande du vaisseau.

Avant l'ère antiseptique, sans remonter à Ambroise Paré, qui connaissait la ligature des veines, on a pratiqué la ligature percutanée faite par le procédé suivant. Un

(1) Voir, pour l'historique complet de la question, pour les opérations anciennes de la thèse de Cordebard.

crin de Florence était passé au-dessous de la veine à l'aide d'une aiguille traversant la peau de part en part, le plus près possible de la veine dont on voulait supprimer la circulation. Le crin devait étreindre en même temps la peau et la veine, et produisait une thrombose de cette dernière, qui se rétractait peu à peu, et devenait un simple cordon sans fonction dont on pouvait percevoir sous le doigt l'induration.

La compression immédiate, l'acupuncture, appliquées suivant différents modes, ont été également en honneur.

Bien plus, malgré les insuccès si fréquents, les morts qui suivaient quelquefois de si près l'intervention, et qui n'étaient alors une surprise pour personne, même après des opérations absolument bénignes en soi, on ne craignait pas de recourir directement à l'intervention sur la veine elle-même. L'opération que subit un certain Marius et qu'on peut lire dans *Plutarque*, est peut-être de la légende, mais Ambroïse Paré et Celse y ont sûrement eu recours et J.-L. Petit en avait précisé les indications.

Si l'on songe que pour une opération de ce genre, Lisfranc perdait trois opérés sur cinq, d'infection purulente, on ne peut s'empêcher de juger une telle conduite un peu téméraire. Aussi la réaction ne manqua-t-elle pas de se produire, et Dupuytren, Velpeau et Nélaton entre autres, protestèrent, avec raison semble-t-il, si l'on tient compte des risques à courir, contre toute intervention ayant pour but la cure sanglante des varices et de leurs complications.

Les résultats merveilleux dûs à l'introduction de la méthode listérienne dans la pratique chirurgicale, permirent de renouveler avec succès ces tentatives.

Lucas-Championnière lia le premier en France, en 1875, sous le couvert de l'antisepsie, la veine saphène. La même année, des auteurs allemands et anglais l'imitèrent, et quelques années plus tard, Madelung, de Rostock (1884), pouvait enlever avec de bons résultats, des étendues notables de veine malade. L'école française suivit, et dès 1885, M. Schwartz le premier, précisa les indications opératoires de semblables interventions, dont Charrade, dans sa thèse (1890), publia les résultats. La même année, Cerné, de Rouen, apporta à la Société de chirurgie un cas de varices traitées par la section simple et l'extirpation combinée de veines variqueuses. Ce fut l'objet d'un très intéressant rapport de M. Quénu, qui fut suivi d'une discussion lors des séances suivantes.

Cette même année 1890 encore, Trendelenbourg, en Allemagne, se fondant sur une théorie nouvelle et originale du rôle de l'insuffisance valvulaire des vaisseaux veineux sur les troubles observés, publia son mémoire intitulé : *De la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de jambe*. Théorie et méthode opératoire eurent le plus grand retentissement en Allemagne et à l'étranger, en France entre autre, où elles eurent le mérite de décider à l'intervention les chirurgiens les plus prudents. Trendelenbourg put opérer ainsi soixante cas, sans un insuccès immédiat ; il pratiquait la section de la veine entre deux ligatures, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de

la cuisse; section qu'il fit unique d'abord, qu'il fit bientôt à trois niveaux différents.

Cette pratique donna en France, dans l'ensemble, de bons résultats, mais subit cependant un certain nombre de critiques. Ricard obtint des résultats assez contradictoires, des récidives rapides, des insuccès, à côté de cas heureux, et les publia dans la thèse d'Archambeaud en 1894. Et bientôt Schwartz, Quénu, Rémy, Reynier, ayant eu à constater la reproduction de la circulation veineuse à travers la cicatrice, en vinrent à employer exclusivement, dans le cas où l'intervention sanglante était décidée, la résection d'une « certaine longueur de troncs variqueux répétée plusieurs fois à différentes hauteurs. »

A ces procédés, M. Schwartz en ajouta un autre fondé, dit-il, sur l'étude plus approfondie des causes pathogènes à incriminer. Ce procédé fit l'objet de communications à la Société de chirurgie en 1898, et de la thèse de Cailloué l'année suivante. Un vaste lambeau de peau était tracé, on enlevait par la même occasion un nombre assez considérable de paquets variqueux sur le trajet de l'incision et de plus tous les vaisseaux du lambeau excisé étaient supprimés. Comme on le voit, ce procédé complexe combinait la ligature et l'excision de gros et petits vaisseaux, et l'excision même des ulcères si l'on pouvait les circonscrire dans le lambeau.

De plus en plus, ces méthodes consistant à combiner divers procédés, lors d'une même intervention, entrent dans la pratique. Assez souvent l'ablation de l'ulcère, son grattage, l'application de greffes épidermiques, sont

adjoints maintenant à la ligature ou à la résection de la saphène, à l'excision des paquets variqueux volumineux. Tout est mis en œuvre pour éviter, si faire se peut la récédive.

En 1894, cependant, une autre voie s'ouvrit avec le travail de Moreschi (1) sur *l'incision circonscrituelle de jambe*. C'était toutefois encore un procédé « combinant » puisque ce n'est qu'après avoir fait la ligature étagée de la saphène que Moreschi fait à la jambe une incision circulaire allant jusqu'à l'aponévrose jambière, sectionne et lie tous les vaisseaux qu'il rencontre, puis pratique une seconde incision dans les mêmes conditions un peu-au-dessus des malléoles. La colonne sanguine superficielle est ainsi théoriquement absolument supprimée.

Ledderhose de Strasbourg dans la thèse de Holzmann, Mariani, entre autres, apportèrent des modifications de détail à ce procédé. Mais ce sujet touche de trop près au nôtre pour que nous n'étudions pas un peu plus en détail ces méthodes, à l'occasion de la technique que nous allons présenter dans un des chapitres suivants, et quand nous rappellerons les idées directrices qui ont présidé à sa mise en œuvre.

Bien que Moreschi se défende d'imiter un procédé déjà connu et que Dolbeau a introduit dans la pratique, c'est ici le lieu de faire mention d'une méthode que nous avons à dessein passée sous silence dans notre courte révision historique, à la place qu'elle aurait dû occuper. A la suite

(1) Moreschi, *Riforma medica*, 1894, N° 273.

du chirurgien anglais Gay qui, en 1853, avait préconisé un procédé un peu analogue, Dolbeau pratiqua tout autour de l'ulcère des incisions larges et profondes qui avaient surtout pour but, dans le cas d'ulcères à bords calleux, de permettre le glissement des téguments, facilitant ainsi les progrès de la cicatrisation — et supprimant du même coup les vaisseaux superficiels qui se rendent à la plaie.

Ce procédé nettement distinct, comme le fait remarquer Moreschi, de celui qu'il préconise, est intéressant cependant à rapprocher, à cause de la suppression de cette grande quantité de vaisseaux superficiels et sous-cutanés, des procédés circulaires que nous allons maintenant étudier un peu plus longuement.

Il nous faut cependant rappeler, en terminant, pour être complet, que d'autres méthodes ont été proposées dans ces dernières années, et exécutées avec succès, méthodes relevant d'idées différentes sur la cause efficiente de l'ulcère de jambe, et se réclamant de la théorie nerveuse. Notre but n'est pas d'y insister, mais nous devons signaler en passant ce fait qu'ils s'ajoutent encore aux procédés dits combinants, dont nous venons de donner un aperçu, car à l'élongation ou au hersage d'un nerf, la plupart d'entre eux joignent une action plus directement entreprise contre l'ulcération.

## CHAPITRE II

Avant d'étudier les procédés des incisions circulaires en général, et plus spécialement celui qui fait l'objet de ce travail, l'incision circulaire de cuisse, il nous paraît utile de montrer sur quoi ces procédés s'appuient, et à quelles idées leurs auteurs ont obéi en les réalisant.

C'est là, nous semble-t-il, l'introduction indispensable à tout chapitre d'indication opératoire. Connaître aussi bien que possible ce que l'auteur d'une méthode a voulu faire, ce à quoi il a voulu remédier, les cas auxquels son procédé s'applique et dans lesquels par conséquent il a le plus de chances de réussite, tout cela ne se peut bien posséder qu'après s'être rendu compte de l'idée qui l'a dirigé dans sa création, qu'après avoir étudié, en un mot, la pathogénie à laquelle il s'est rattaché.

Depuis le mémoire fondamental de Trendelenbourg qui a mis parfaitement en évidence le rôle de l'insuffisance valvulaire de la saphène interne et a fait de cette insuffisance une indication à l'opération, la plupart des procédés s'appuient plus ou moins sur ce même principe. Les expériences de Trendelenbourg ont d'ailleurs été reprises avec plus d'ampleur et avec une remarquable

précision par Pierre Delbet qui a consacré à ce sujet une de ses leçons cliniques.

L'anatomie nous apprend que le système valvulaire des veines du pied permet indifféremment la circulation des veines superficielles aux veines profondes, et réciproquement.

A la jambe, il n'en est pas ainsi. Des valvules en assez grand nombre sont disposées non seulement sur les veines profondes et superficielles de ce segment de membre, mais encore sur les anastomoses qui les unissent ; de telle sorte que le sang peut passer des superficielles dans les profondes, favorisé dans sa progression, non seulement par la *vis a tergo*, mais par les contractions musculaires incessantes et répétées qui font de la marche un exercice salubre, tant que le jeu valvulaire n'est pas troublé dans son fonctionnement.

Il est classique de signaler à ce propos le peu de fréquence des varices chez les sujets soumis à un exercice régulier, chez les facteurs ruraux, par exemple.

Des anastomoses unissent, de plus, le système veineux des membres inférieurs et celui du tronc.

Si donc la ligature et mieux encore la résection de la saphène supprime, pour un temps tout au moins, la pression de la colonne sanguine de retour qui, grâce à l'absence d'occlusion valvulaire, pouvait venir peser de tout son poids sur les parois du vaisseau plus bas situées, et si dans les cas favorables une notable amélioration pouvait ainsi être obtenue, — il n'en restait pas moins qu'au bout d'un temps plus ou moins long, grâce à l'existence de cette circulation collatérale qui se déve-

loppait bientôt entre le segment des saphènes sous-jacent à l'excision, et le segment supérieur, les conditions premières qui avaient présidé au développement des varices, causé et entretenu leurs complications, se retrouvaient ainsi de nouveau constituées et la récidive presque obligatoire.

C'est pour remédier à cet inconvénient, que Moreschi appliqua son procédé, qui s'efforce de supprimer d'une façon définitive le retour possible d'une circulation collatérale. Selon lui, une cure radicale des varices doit répondre à trois indications :

1<sup>o</sup> Interrompre et diviser la colonne sanguine qui, par son poids, distend les parois veineuses et les altère.

2<sup>o</sup> Empêcher le sang de revenir par les collatérales dans le réseau d'où il a été momentanément chassé.

3<sup>o</sup> Obtenir le rétrécissement de la lumière des veines et même parfois leur oblitération.

Voyons par quelle technique l'auteur s'efforce d'arriver à ce triple résultat. Deux incisions circulaires, intéressant toute la périphérie de la jambe, et allant jusqu'à l'aponévrose, sont pratiquées, l'une à au moins 4 centimètres au-dessus de l'ulcère, l'autre à 1 centimètre au-dessus des malléoles. On sectionne et on lie tous les vaisseaux, gros et petits, que le bistouri a rencontrés lors de l'incision, et l'on coupe ainsi en haut et en bas, au-dessus et au-dessous de l'ulcère, la colonne sanguine superficielle, en deux segments complètement séparés l'un de l'autre. De plus, pour interrompre d'une façon efficace la communication entre le système superficiel

des saphènes et le système profond des vaisseaux tibiaux et péroniers, on a soin de dénuder sur une grande étendue l'aponévrose, qui apparaît au fond de l'incision, et l'on sectionne ou déchire ainsi par râclage des tissus, une nouvelle quantité de petits vaisseaux anastomotiques. Enfin, par la brèche fournie par l'incision inférieure, qui permet surtout, sur les membres point trop infiltrés de graisse, d'apercevoir à travers l'aponévrose jambière, les veines tibiales antérieures, tibiales postérieures et péronières, de les lier ou de les réséquer, on atteint ainsi à la plus grande destruction possible de tissu vasculaire. Outre cette destruction directe, il faut encore tenir compte, pour l'appréciation des résultats, de ce fait, que la thrombose consécutive à la ligature de tous ces vaisseaux, est fatalement suivie d'une phlébite, qui gagne de distance en distance des vaisseaux encore respectés, et contribue également à la diminution de calibre et à l'oblitération des troncs veineux compris entre les deux incisions.

Cette opération a donné entre les mains de l'auteur des résultats très satisfaisants, mais pour obvier à l'un des accidents post-opératoires que les initiateurs de Morreschi avaient pu rencontrer, l'œdème du membre dans les jours qui suivaient, Ledderhoze proposa de respecter la continuité des troncs lymphatiques tout en amenant également la sclérose du tissu sous-cutané et l'atrophie des veines voisines de l'ulcère. Il pratiqua d'abord la résection étagée de la saphène, et disposa ensuite ses incisions tout autour de l'ulcération, mais longitudinalement.

Cet œdème du pied consécutif, ainsi que le retard de la cicatrisation de l'incision péri-molléolaire, les douleurs persistantes au niveau de la cicatrice et les difficultés de l'incision quand l'ulcère dépasse les molléoles, frappèrent un autre opérateur, Mariani, qui avait appliqué d'abord le procédé de Moreschi. Cet auteur obtint des résultats sensiblement comparables, en ne pratiquant qu'une incision un peu au-dessus des limites de l'ulcère, en suivant la technique précédente, démontrant ainsi que la circulation sanguine se trouvait de ce fait suffisamment interceptée.

M. Vince, de Bruxelles, reproche à ces méthodes de conserver dans la partie supérieure de la cuisse, des segments veineux inutiles qui ne peuvent que favoriser la reproduction des troubles trophiques, en laissant passer le sang de la fémorale dans les portions restantes de la saphène interne, puisque l'insuffisance des valvules n'y met plus obstacle. Il se formerait donc là un nouveau *circulus viciosus*, comparable en petit à celui qui existait avant l'opération, et auquel pourrait remédier la ligature de la saphène au niveau de son abouchement dans la veine fémorale.

Citons, en passant, une légère modification au procédé de Moreschi, introduite par M. Paul Delbet. Craignant, à la suite de cette cicatrice en jarretière, une trop grande rétraction cutanée, il recommande de faire en avant et en arrière, deux demi-conférences légèrement incomplètes, et de réunir leurs extrémités par une ligne brisée. Notons cependant que l'inconvénient que ce chirurgien redoute, n'a pas attiré l'attention des auteurs et que dans plu-

sieurs cas où les malades ont pu être revus, cette cicatrice s'est toujours montrée indolente et souple et n'ayant amené qu'une rétraction insignifiante des tissus.

Suivant la même direction que l'auteur précédent, M. Mauclaire (1901) propose de donner aux incisions circonférentielles types, une direction sinueuse ou en guirlande. Mais outre trois ligatures sepeposées de la saphène, il pratique encore la circonvallation de l'ulcère. C'est là, suivant l'expression même de l'auteur, une méthode *ultra-combinante* et qui réunit, sauf l'élongation nerveuse, les procédés le plus souvent employés à l'heure actuelle.

Dans son service hospitalier, M. le professeur Reclus pratique et fait pratiquer à ses élèves, dans le cas bien entendu où le traitement purement local des ulcères de jambe doit céder le pas à la cure sanglante, une variante du procédé de Mariani.

Il a recours à l'incision supérieure, portant non plus au-dessus des limites de la plaie, mais franchement à la partie la plus élevée du mollet, au niveau de la jarretière.

C'est-là, suivant l'expression d'un de ses élèves qui a rapporté dans sa thèse les observations recueillies dans son service, *l'incision en jarretière ou circonférentielle à distance*.

Nous avons appris que l'année dernière encore, ce procédé avait été employé avec de bons résultats dans le service de M. le professeur Le Dentu à l'Hôtel-Dieu.

Il nous reste maintenant à exposer une dernière modification au procédé type de Moreschi, que nous avons vu employer dans le service de M. Schwartz à l'hôpital Cochin. Ce chirurgien qui s'occupe depuis plus de vingt années de chirurgie veineuse, non content de créer de nouvelles techniques, a expérimenté méthodiquement tous les procédés qui lui paraissaient répondre à une indication nouvelle, ou promettre des résultats meilleurs. C'est grâce à cet éclectisme, qui traduit un souci constant d'amélioration et de progrès, que nous avons pu recueillir les cas que nous rapportons et que nous avons pu entreprendre ce travail.

C'est, d'après la technique que nous avons vu mettre en pratique dans son service, et grâce aux renseignements que nous avons puisés dans le mémoire que Wenzel de Buenos-Ayres, élève de Trendelenbourg, a présenté en 1901 à la *Société Médicale Argentine*, que nous pouvons donner sur ce procédé, les détails qui suivent.

### CHAPITRE III

Nous voulons exposer dans ce chapitre, sommairement, mais en insistant sur les points importants que nous devons ensuite comparer à ce qui a été observé dans la pratique des autres procédés similaires, la technique de l'incision circonférentielle de cuisse.

Nous mettrons pour cela à contribution dans la plus large mesure, le mémoire de Wenzel que nous avons déjà cité. Lors des passages importants, nous traduirons exactement. Le compte rendu détaillé de ce mémoire a d'ailleurs été donné dans le *Berliner* (1) du 10 février 1902.

Voici comment, d'après le chirurgien de Buenos-Ayres, l'idée lui est venue de ce nouveau procédé :

« Je pratiquai, dit-il, en 1895, l'opération de Trendelenbourg pour un cas de varices et d'ulcères de jambe, et, préoccupé de la fréquence avec laquelle après la ligature de la grande et de la petite saphène, se développait secondairement une veinule saphène qui se dilatait ensuite jusqu'à atteindre la grosseur d'une saphène interne,

(1) *Berliner*, 10 février 1902, p. 122. Der circularishen varicem und ulcus cruris.

je terminai l'opération sur l'un des membres, suivant la pratique habituelle, et j'ajoutai sur l'autre, à environ dix centimètres *au-dessus de la rotule*, une incision circulaire, longue de dix centimètres d'abord, que j'agrandis ensuite, coupant successivement toutes les veines et veinules dilatées que l'inspection préalable des téguments n'aurait pas pu révéler auparavant, et j'arrivai ainsi à *circonscrire complètement toute la cuisse.* »

« Il s'agissait d'un cas relativement favorable, puisqu'il n'existait aucune adhérence entre les veines et le tégument, et que je n'eus aucune peine à les lier et à les exciser. Je pratiquai la suture entrecoupée, sans drainage, et la guérison se fit par première intention. J'ai revu le malade, pour la dernière fois, trois années après l'opération, et depuis ce temps, ni les varices ni les ulcères ne se sont reproduits.

Satisfait de ce premier résultat, je n'ai plus employé depuis l'incision longitudinale, et si, quelquefois, j'ai été entraîné à ne pas compléter l'incision circulaire, je n'ai pu que me repentir de mon erreur, puisque peu de temps après, et comme conséquence de l'augmentation de la pression collatérale, les veinules qui persistaient dans la partie respectée, jusque-là toutes petites, avaient grossi, au point de permettre et d'augmenter la stagnation du sang et de la lymphe avec toutes ses fâcheuses conséquences. »

*Les préparatifs.* — Outre les préparatifs habituels à toute intervention chirurgicale, le membre savonné et lavé soigneusement les jours précédant l'opération, et

rasé la veille dans les parties sur lesquelles porteront les incisions, une précaution est recommandée spécialement par Wenzel. L'ulcère devra avoir été, les jours précédents, aussi rigoureusement nettoyé et désinfecté que possible. Un pansement soigneux sera disposé sur lui la veille de l'opération, et absolument distinct des autres pansements de propreté qu'on applique maintenant d'une façon à peu près générale, pour préparer et aseptiser le champ opératoire. Absolument distinct, avons-nous dit, car il est important de n'avoir pas y toucher le jour même de l'opération, risquant ainsi d'ensemencer la place des futures incisions.

*L'anesthésie.* — Elle peut être locale ou générale et, dans la plupart des services, l'anesthésie locale à la cocaïne, dont M. Reclus a été l'un des promoteurs, est le plus souvent employée. Une solution à un pour cent peut être injectée le long d'incisions traçantes, à la dose de dix à quinze centimètres cubes, et pourvu qu'on ait le soin de laisser le malade au repos et parfaitement étendu, cette méthode peut être sans crainte généralisée, à cause de la longueur de l'opération dans certains cas. A cause de la difficulté qu'on peut avoir à opérer quand on arrive à la face postérieure de la cuisse, et enfin à cause de la position peu commode que l'on est obligé d'imposer au patient, certains auteurs, Wenzel entre autres, préfèrent l'anesthésie générale.

*L'incision.* — En règle générale, elle doit être pratiquée à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la cuisse ; quelquefois un peu au-dessus, mais jamais au-dessous, dit Wenzel, à cause de la trop

facile rétractilité des téguments de la région poplitée. Elle doit donc toujours être faite au-dessus du triangle poplité. Wenzel explique pourquoi il a reporté si haut cette incision. Pratiquée à la jambe, dit-il, elle donne aussi des résultats ; mais, comme autour de l'ulcère et au-dessus, les veines sont en mauvais état, il croit préférable de remonter cette incision. On doit la pratiquer lentement et soigneusement, afin de respecter, si possible les filets nerveux, dont la division cependant n'a pas une très grande importance.

Quand il existe des adhérences entre les veines et les téguments, il est d'une bonne pratique de recourir à leur ligature immédiate, à une distance de deux centimètres de l'incision pour ne pas nuire à la régularité de la suture que l'on devra pratiquer ensuite. La suture en surjet est préférable à celle à points séparés, dit Wenzel. Dans tous les cas le drainage ne sera jamais nécessaire. Un pansement est appliqué et le membre est abandonné, le genou très légèrement fléchi, et le talon un peu surélevé par le simple emploi d'un tabouret glissé sous le lit. C'est ce que recommande Lemader. Les malades doivent garder le lit une douzaine de jours au minimum et pendant trois ou quatre semaines un pansement protecteur est maintenu. On évite ainsi l'apparition d'un œdème qu'on peut et doit empêcher. L'opération est facile ; il n'y a aucune difficulté à redouter et dans tous les cas de Wenzel la réunion a été obtenue par première intention.

On voit que cette technique se rapproche singulièrement de celle exposée par Moreschi. Quelles sont les

ressemblances de ce procédé avec les procédés similaires, quelles sont ses indications, ses contre-indications, ses résultats pris isolément et comparés à ceux des incisions circulaires de jambe, c'est ce que nous allons maintenant étudier.

## CHAPITRE IV

Un certain nombre de recommandations, toujours les mêmes, sont faites par tous les chirurgiens qui ont pratiqué ces incisions circulaires. Celles qui portent sur les préparatifs, l'anesthésie, les soins post-opératoires se ressemblent, quelle que soit la méthode.

Dans tous les procédés, la ligature soigneuse de tous les petits vaisseaux rencontrés au cours de l'incision, fait l'objet du même précepte.

Les filets nerveux devront être autant que possible respectés, bien que cependant dans un certain nombre d'observations d'incision circulaire de jambe, si comparable comme nous l'avons vu à l'opération que nous décrivons, on n'ait constaté après leur section aucun trouble sensitif appréciable. Il faut admettre dans ces cas le rétablissement de la fonction par une suppléance suffisante venant des filets nerveux profonds.

Quant aux *indications générales*, elles restent les mêmes que celles qui ressortissent aux autres procédés circulaires. Wenzel même les recommande comme moins périlleuses, dans les cas où l'on pourrait « redouter une phlébite, une thrombo-phlébite dans un point plus haut situé, avec embolie imminente », car leur action s'exerce

loin de la région périlleuse. Ils sont à recommander quand il existe une hypostase marquée des membres inférieurs, quand les troubles circulatoires ayant causé l'ulcération, amènent de l'eczéma chronique plus ou moins étendu et de l'éléphantiasis du membre, quand il existe de la phlébite chronique, s'accompagnant ou non de périphlébite, et de tous les symptômes concomitants.

Les *indications spéciales* du procédé circulaire de cuisse sont plus restreintes. Certains auteurs, Wenzel, Crédé (1), de Dresde, le préfèrent aux circulaires de jambes, car il permet l'intervention dans les cas d'ulcères étendus ou multiples ou très haut situés, ce qui est toutefois assez rare. Il permet d'opérer dans les cas où l'ulcère s'accompagne de troubles trophiques marqués des membres inférieurs, portant sur les divers systèmes; de dilatation corsoïde des veines, d'infiltration considérable du membre, d'un état misérable de la peau des jambes, semblant promettre une cicatrisation lente et difficile.

De plus, la place de l'incision permet de comprendre dans son trajet l'excision d'une partie dilatée de la sa-phène interne et c'est là, au-dessus du condyle interne, un des points où l'on pratique d'ordinaire l'excision étagée de ce vaisseau.

Pour Wenzel, les seules *contre indications* sont l'existence d'une complication aiguë portant sur les varices accompagnant l'ulcère, une *phlegmatia alba dolens* par

(1) Crédé, Deutsche Zeitschrift., für chirurgie. Bd. LXXIII, p. 546.

exemple, et l'imperméabilité des vaisseaux profonds. Si, pour une raison quelconque, traumatisme antérieur, processus thrombosique très étendu, un seul doute persiste au sujet de leur imperméabilité, la circulaire de cuisse, comme tous les procédés similaires, doit être rejetée.

Il est de toute importance de distinguer dans l'examen des résultats, les résultats *immédiats* et les résultats à *distance*.

Les premiers sont très bons en général en ce qui concerne l'ulcère. Nous ne parlons pas, en effet, de la plaie opératoire qui doit se réunir par première intention. Dans le présent procédé, comme dans les autres procédés circulaires, il est extrêmement intéressant de suivre à des distances rapprochées les résultats de l'intervention. Souvent, dès le second jour, on observe le bourgeonnement du fond qui était resté jusqu'alors blafard et atone, ou au contraire anfractueux et purulent malgré les nettoyages successifs. Les bords se recouvrent d'un liseré épidermique, et commencent à se rapprocher légèrement. Il semble bien qu'on saisisse là l'influence vraiment indéniable de l'opération, car le simple repos du membre, l'ulcère protégé par un pansement propre, avait bien été déjà réalisé antérieurement lors de l'entrée du malade à l'hôpital, avant que la cure sanglante n'ait été décidée.

Le cinquième ou le sixième jour, les progrès sont surprenants ; le fond bourgeonne de plus en plus, et les bourgeons sont vigoureux et de bonne apparence. La pellicule épidermique, d'abord mince et luisante, qui garnissait les bords, augmente d'épaisseur et d'étendue.

En chaque point de la périphérie, elle progresse ; puis les anfractuosités s'arrondissent, leurs pointes vont au-devant les unes des autres et du dixième au quinzième jour, quelquefois avant, l'ulcère est entièrement cicatrisé.

Telle est la marche de la guérison lorsque celle-ci doit se produire, complète et persistante pour un certain temps, mais, il faut le reconnaître, dans un certain nombre d'autres cas, il n'en est pas ainsi.

C'est encore pendant les premiers jours cette même même activité surprenante de la réparation ; puis tout semble s'arrêter ou du moins ne progresser qu'avec une extrême lenteur et des semaines sont alors nécessaires à la cicatrisation complète, du moins quand le malade amélioré ne demande pas à quitter l'hôpital, comme nous avons pu le constater nous-même.

A quoi ces insuccès sont-ils dûs ? Il est difficile de répondre. Souvent ils se produisent chez des sujets âgés, en plein état de misère physiologique, profondément tarés, atteints d'ulcères anciens, toujours négligés et portant sur des membres en état de dénutrition excessive. Et cependant les auteurs ont observé dans des cas qui semblaient analogues, des guérisons immédiates, rapides. Ne devons-nous pas nous demander plutôt si dans les cas malheureux, la cause de l'ulcère était bien là où on avait essayé de la chercher et de la traiter, et si une autre interprétation n'aurait pas dû être proposée.

C'est qu'en effet le mécanisme intime par où agissent les différents traitements chirurgicaux préconisés contre

les ulcères de jambe, pas plus que celui du procédé circulaire, n'est parfaitement élucidé.

Déjà, à propos de l'incision circonférentielle de Dolbeau, il était permis de se demander si c'était davantage par le glissement rendu plus facile des tissus, par la section des vaisseaux, par la division des nerfs, que la cicatrisation était obtenue. D'ailleurs, sur un même membre, à la suite d'une même intervention, on pouvait voir comme dans une observation de la thèse de Lafaye (1875), prise dans le service de Dolbeau, un ulcère sur deux guérir, et l'autre subir à peine une légère amélioration.

Dans les procédés modernes qui sont souvent maintenant, comme nous l'avons indiqué, des procédés « combinants », la part de chaque intervention est encore plus difficile à faire (1).

L'ancienneté de l'ulcère est aussi un facteur qui doit jouer le plus grand rôle. Ne voyons-nous pas dans la thèse de Cailleton (page 62) une observation de Ricard dans laquelle, après une même intervention, l'un des ulcères, récent, avait été complètement guéri, — l'autre, ancien, n'ayant pas bougé.

(1) Cependant un point semble acquis qui résulte du travail récent de Viannay : c'est l'heureuse influence de la résection de la saphène, et surtout sa résection haute dans le triangle de Scarpa. L'auteur a montré par un grand nombre d'expériences, que cette résection paraissait empêcher tout rétablissement de la circulation collatérale, alors qu'on l'avait observée dans les autres interventions et même dans les incisions circulaires de jambe. La lecture de cet important travail est à recommander. Ch. Viannay, *Etude critique sur l'opération de Trendelenburg*. — *Revue de chirurgie*, 10 janvier 1905.

La variété de varices qui commandent l'ulcère doit aussi être considérée. M. Rémy, au Congrès de 1898, a montré que dans les varices généralisées à toutes les petites veines (cyanose variqueuse), les récidives étaient constantes ; dans les varices des grosses veines, circonscrites, sus ou sous-aponévrotiques, on obtenait beaucoup de succès opératoires.

Toutes ces considérations, aussi bien que l'âge et l'état de santé antérieur du sujet doivent entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de rechercher le pourquoi d'un insuccès.

D'ailleurs, nous devons le reconnaître, les éléments d'appréciation manquent pour apprécier la valeur *absolue* de ce procédé de l'incision circulaire de cuisse. Dans le cas revu par Venzel trois ans après l'opération et qu'il détaille dans son mémoire, il n'y avait pas eu de récurrence et la cicatrice de l'ulcère ancien était lisse et mobile. Les trois malades de Crédé n'ont pas été revus. Une seule des malades, opérée par M. Schwartz, a pu être retrouvée et ce n'est pas un cas favorable à la méthode puisque vingt-six mois plus tard, elle revenait dans le service pour se faire opérer de nouveau. C'était, il est vrai, un cas de varices non compliquées d'ulcère. Mais nous le rapportons cependant, car les faits publiés où ce procédé a été employé sont rares, et bien que n'ayant pas trait au traitement de l'ulcère, il peut cependant servir à l'histoire de la méthode.

Quant aux résultats immédiats qui ont été obtenus dans le service de M. Schwartz ils sont loin d'être très favorables. Trois malades sont sortis, sur leur demande

il est vrai, très améliorés, et précisément à cause de cette amélioration, mais non toutefois entièrement guéris. Sur ces trois cas, un seul qui avait, nous devons le dire, repris son travail et négligé presque tous soins consécutifs, a pu être revu : l'ulcère s'était déjà, quelques temps après sa sortie, notablement agrandi. Nos cas sont, il est vrai, choisis parmi les moins favorables, quel que soit le mode de traitement employé. Nous relevons entre autres, outre l'âge avancé de certains malades, l'état des vaisseaux sclérosés, l'étendue des troubles trophiques qui accompagnaient les varices. De plus les malades reprenaient presque immédiatement leurs occupations fatigantes.

Mais ce n'est pas à de telles considérations que nous devons nous arrêter lorsqu'il s'agit de juger une méthode qui promet, comme le dit Wenzel, la guérison « durable, radicale ». Et c'est justement à surmonter ces difficultés que les chirurgiens connaissent trop bien, que se dévouent les efforts de tous les créateurs de méthodes nouvelles.

Il est donc tout à fait fâcheux, pour apprécier mieux le procédé que nous étudions, que le chirurgien de Buénos-Ayres, n'ait pas jugé à propos de publier le détail des 22 ou 26 cas qu'il dit avoir opérés avec succès. Voici seulement ce qu'il affirme : « En tout, j'ai employé l'incision circulaire de cuisse dans 22 à 26 cas ; dans toutes ces opérations j'ai vérifié la cicatrisation par première intention, et dans tous ceux qu'il m'a été donné de revoir jusqu'à présent, la guérison a été définitive, et ni les varices, ni les ulcères n'ont récidivé. »

Nous ne pouvons, sur cette simple phrase, affirmer la supériorité de cette méthode, qui serait ainsi vraiment merveilleuse. Disons cependant qu'aucune des interventions faites par M. Schwartz n'a été suivie d'accidents, et que dans toutes, la cicatrisation de la plaie opératoire s'est faite rapide et sûre, malgré l'âge des malades ou la vitalité affaiblie de leurs tissus.

Nous ne saurions pas davantage condamner la méthode. Il faut attendre des faits nouveaux et surtout laisser le temps passer sur des résultats dont on aurait tort de vouloir hâter la publication. Pour ne pas savoir attendre, il faudrait ne pas connaître ces faits si connus que l'on trouve quand on parcourt les observations publiées, de guérison rapide obtenue par le simple repos au lit, les jambes étendues. Nous en trouvons justement un exemple, même dans le petit nombre de cas que nous allons maintenant rapporter. Nous ne voulons pas sous-entendre par là que les mêmes résultats auraient été obtenus par ce simple repos, dans les cas heureux publiés à l'actif de telle ou telle méthode. D'ailleurs quand l'intervention sanglante a été contre-indiquée ou n'a pas paru indispensable, des guérisons ont quand même été obtenues et maintenues par le repos, l'hygiène, les applications des différents topiques (eau oxygénée, eau chaude, pommades, etc.), le port d'un appareil de contention.

Nous croyons seulement qu'il ne faut pas demander à ces opérations plus qu'elles ne peuvent donner et qu'enfin il est à craindre que la cure radicale des varices et de leurs complications, reste longtemps encore une utopie.

## Observations du service de M. Schwartz

(Hôpital Cochin).

### OBSERVATION I

*Varices et ulcère variqueux de la jambe gauche. Guérison rapide par le repos une première fois. Un an plus tard récurrence. Ligature circulaire. Bon résultat immédiat. Guérison complète de l'ulcère en 20 jours.*

C. M., 42 ans. Marchand de vins.

Entre à l'hôpital Cochin dans le service de M. Schwartz, le 1<sup>er</sup> avril 1903, pour ulcère variqueux.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Fièvre typhoïde en 1896.

En 1882 il remarque des varices à la jambe gauche qui l'incommodent peu. Il continue son travail, ne portant même pas de bas élastiques.

En 1902 ulcère variqueux sur le membre inférieur gauche, apparu, dit-il, spontanément, sans traumatisme antérieur appréciable. Il était de dimension plus grande que celle d'une pièce de cinq francs. Le malade est entré à ce moment à l'hôpital Cochin pour se faire traiter. Par le repos au lit et sous l'influence de simples pansements, sans opération aucune, l'ulcère s'est rétréci et fermé spontanément. Le malade a quitté l'hôpital au bout de douze jours complètement guéri.

En janvier 1903, un an après, l'ulcère se rouvre de nouveau, sur la même jambe et persiste depuis ce temps, augmentant

même de volume. D'autres petites ulcérations s'y sont surajoutées.

*Etat actuel.* 1<sup>er</sup> avril 1903

Le malade se décide à entrer de nouveau à l'hôpital. Il présente à la face externe de la jambe gauche les ulcérations nombreuses. La jambe droite présente comme la gauche des varices développées.

A gauche, une chiquenaude donnée sur la saphène produit une ondulation qui se propage en haut et en bas.

Pas de symptôme de Trendelenbourg, existant d'une façon nette.

La saphène interne paraît seulement dilatée.

*Opération* le 5 mai 1903. *Ligature circulaire* au-dessus du genou.

Agrafes.

Le 13 mai, premier pansement. On enlève les agrafes et on collodionne.

Le 18 mai, le malade se lève ; on lui fait porter un bas élastique.

Le 25 mai, le malade quitte l'hôpital, les ulcérations de la jambe gauche étant complètement fermées.

## OBSERVATION II

*Ulcère de jambe. Incision circulaire de cuisse. Commencement de réparation rapide. Arrêt de la cicatrisation.*

G..., ulcère de jambe étendu.

*Opération*, 8 novembre 1904, incision circulaire des téguments de la cuisse au-dessus de la rotule.

Le 11 novembre, trois jours après, l'ulcère a déjà pris meilleur aspect, et il a considérablement diminué.

15 novembre, on enlève les agrafes.

18 novembre, on enlève les fils. L'ulcère est en ce moment en excellente voie et la guérison très avancée.

Quelques jours après, le malade se lève et, sur sa demande, sort de l'hôpital, l'ulcère n'étant pas complètement cicatrisé, et présentant encore les dimensions d'une pièce de deux francs.

### OBSERVATION III

*Varices des deux jambes. Ulcère de la jambe gauche. Opération de Trendelenbourg à droite. Incision circulaire à gauche.*

*Résultat immédiat assez satisfaisant.*

Mme B... C...

Entre dans le service de M. Schwartz, à l'hôpital Cochin, le 2 janvier 1903, pour un ulcère variqueux de la jambe.

La malade s'est aperçue du développement de varices aux deux jambes, depuis deux ans environ. Il y a quelques mois, un ulcère est apparu spontanément, dit-elle, sans qu'elle ait souvenir d'aucune cause extérieure, à la jambe gauche. Depuis, il n'a jamais eu de tendance à la cicatrisation. Ce sont surtout les douleurs violentes qu'elle ressent dans les membres inférieurs qui la pousse à entrer à l'hôpital.

*Opération, le 27 janvier, double intervention :*

A gauche, côté de l'ulcère, circulaire au-dessus du genou.

A droite, opération de Trendelenbourg.

Le 3 février, on enlève les fils à la jambe droite.

Le 10 février, on enlève les fils à la jambe gauche.

La malade sort le 23 février ; au niveau des plaies, la cicatrisation est parfaite.

A la jambe gauche, l'ulcère quoique bien rétréci, n'est pas encore complètement terminé.

La malade s'engage à garder quelque temps encore le repos chez elle, et appliquera des pansements absorbants à la poudre de talc.

#### OBSERVATION IV

*Varices de la jambe droite. Incision circulaire de cuisse. Bon résultat immédiat, et maintenu pendant 26 mois. Rétablissement de la circulation veineuse à travers la cicatrice et réapparition des troubles fonctionnels. Seconde opération.*

Mme L..., journalière, 32 ans.

Entre dans le service de M. Schwartz, à l'hôpital Cochin pour des varices très développées de la jambe droite.

La veine saphène interne est très volumineuse, et on y observe très nettement le signe de la *chiquenaude*. Quand la malade se fatigue ou même quand elle marche, elle éprouve quelques douleurs dans la jambe.

*Opération*, le 13 novembre 1902, section circulaire de tous les tissus de la cuisse droite, après incision des téguments, laquelle est pratiquée à quatre travers de doigt au-dessus du genou. La veine saphène interne est découverte et liée, et les téguments sont réunis au crin de Florence, sur toute l'étendue de la circulaire, on enlève les fils dix jours après. Bonne cicatrisation.

La malade sort le 6 décembre.

Un peu plus de deux ans après, le 7 février 1905, la malade a pu être revue. Pendant un an et demi, raconte-t-elle, elle n'a pas souffert du tout de ses jambes. Elle s'est, en somme, trouvée très améliorée à la suite de son opération et a pu reprendre sans difficultés son travail.

Mais au commencement d'octobre 1904, elle a de nouveau été reprise de douleurs à la jambe droite. La jambe enflait de nouveau d'abord le soir, puis à l'occasion de la plus légère fatigue. Les veines étaient également très développées. Les souffrances devenant de plus en plus vives, et la gêne de plus en

plus marquée, la malade se décide à entrer une deuxième fois dans le service de M. Schwartz.

A cette date, on constate qu'à travers la cicatrice de la cuisse droite, la communication veineuse a pu se rétablir. Les veines du membre sont gonflées et saillantes. On décide d'intervenir une *seconde* fois.

*Seconde opération*, le 7 janvier 1905. Chloroforme. Ablation de la peau et des paquets variqueux. Bonne réparation de la plaie opératoire, la malade sort guérie le 1<sup>er</sup> février 1905.

#### OBSERVATION V

(Credé-Dresden.)

*In Deutch. Zeitchrift für Chirurgie*, Bd LXXIII, p. 546,  
1905.

La malade, blanchisseuse depuis à peu près 40 ans, est atteinte depuis 1866 d'ulcères des jambes et de varices. Les ulcères sont de temps en temps guéris par un traitement approprié : pommade et compression. Dans les dernières années, l'ulcère de la jambe droite a augmenté graduellement de dimension, et est resté rebelle à tout traitement.

La malade est venue à l'hôpital le 8 janvier 1904, avec un ulcère de la jambe droite long de 8 centimètres environ et large de 4 centimètres, à bords durs, calleux et à fond très déprimé.

Varices très développées (résultat positif du phénomène de Trendelenbourg). Grâce à l'incision circulaire, nous réussîmes à obtenir la guérison complète, au bout de 8 semaines de traitement par des onguents indifférents.

L'ulcère de la jambe gauche, étant moins étendu et les vari-

ces de ce côté étant peu développées, nous nous contentâmes de pratiquer deux incisions latérales.

Guérison en 4 semaines.

#### OBSERVATION VI

(Crédé-Dresden.)

Cocher de 68 ans. Ulcère datant de 10 ans, s'est cicatrisé et rouvert à différentes reprises. Dans ces dernières deux années, il était resté continuellement ouvert. La guérison de cet ulcère, long de 18 centimètres et large de 10 centimètres, fut obtenue en cinq semaines environ, par l'incision circulaire de la cuisse.

#### OBSERVATION VII

(Crédé-Dresden.)

Deux ulcères à la jambe gauche, de 8 centimètres de longueur chacun. Varices assez étendues. Incision circulaire de cuisse. Guérison en six semaines environ :

Les trois malades présentent des cicatrices solides presque sans stase prononcée ; l'épaississement presque éléphantiasique de tout le reste de la peau des jambes presque totalement disparue chez la femme et chez le cocher.

Les varices ne sont pas encore complètement disparues ; il semble qu'elles ne se thrombosent complètement que dans des cas rares. Elles sont en rapport avec les veines profondes ; aussi le sang circule-t-il encore dans ces veines quoique la direction du courant soit changée.

Toutefois les varices sont moins saillantes et paraissent ratinées. La stase y est de beaucoup, moins accusée qu'avant l'opération.

Tous les malades déclarent ne plus avoir de lourdeur aux jambes.

Il n'y a pas d'anesthésie cutanée bien notable.

Les ulcères ont guéri dans un laps de temps relativement court et la constitution de la cicatrice permet d'espérer que la guérison se maintiendra longtemps. Et cela d'autant plus que grâce à la ligature de toutes les veines cutanées nous avons éliminé la cause étiologique principale des ulcères variqueux. (1)

(1) Les recherches bibliographiques étendues, faites dans les principaux journaux français étrangers, ne nous ont pas permis de découvrir d'autres opérations faites suivant ce procédé. que celles que nous donnons dans ce travail.



## CONCLUSIONS

I. Le traitement chirurgical des varices et de leurs complications, en particulier de l'ulcère, par *l'incision circulaire de cuisse* est un dérivé du procédé type de Moreschi, l'incision circulaire de jambe, et se fonde sur les mêmes considérations pathogéniques.

Il s'efforce de segmenter la colonne sanguine qui grâce à l'insuffisance valvulaire principalement de la saphène interne, pèse sur les parois veineuses et contribue à leur altération. Il cherche de plus à empêcher le rétablissement d'une circulation collatérale superficielle, permettant au sang, par l'intermédiaire des anastomoses profondes entre les veines des jambes, et des anastomoses superficielles entre celles-ci et les veines du tronc, de revenir secondairement occuper les parties du système veineux dont l'avaient chassé l'opération de Trendelenbourg où les opérations qui en découlent.

II. La technique se rapproche dans ses grandes lignes de celle décrite par Moreschi, sauf qu'on y recherche contrairement à celle-ci, la réunion par première intention de la plaie opératoire.

III. Entre les mains de différents chirurgiens, sur-

tout étrangers, il a donné des résultats *immédiats* satisfaisants, comparables à ceux obtenus par les différentes incisions circulaires de jambe. De plus, il paraît permettre l'intervention dans les cas d'ulcère étendu ou haut situé, s'accompagnant soit d'une dilatation cirsoïde des veinules du membre malade, soit d'un mauvais état de la nutrition de ce membre.

L'incision reportée plus haut — sur la cuisse et non plus sur la jambe — présenterait également l'avantage d'une réunion plus sûre et d'une meilleure cicatrice.

IV. Si le mécanisme intime par lequel il agit n'est pas encore élucidé d'une façon indiscutable, et si d'autre part les résultats heureux maintenus longtemps après l'opération, n'ont encore été observés que dans un petit nombre de cas, — il semble cependant que ce procédé soit digne de retenir l'attention et mérite d'être expérimenté. Non plus que les procédés similaires, associé ou non à la résection de la saphène, il ne constitue une opération à tout faire, amenant sûrement, radicalement, la guérison des varices et des ulcères de jambe. Au moins, semble-t-il d'une application facile, exempte jusqu'à présent de dangers immédiats, et mettant peut-être à l'abri plus que les autres méthodes, des troubles nerveux ou circulatoires dont celles-ci se sont parfois accompagnées.

Vu : LE PRÉSIDENT DE TA THÈSE,  
RECLUS

Vu : LE DOYEN,  
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :  
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
L. LIARD.

## BIBLIOGRAPHIE

Nous ne voulons pas donner ici la bibliographie complète de la question du traitement chirurgical des ulcères variqueux, ni même la liste des ouvrages qui nous ont servi pour la rédaction de ce travail.

On trouvera cette bibliographie très bien faite d'abord dans les traités classiques, dans les thèses que nous mentionnons et dans les ouvrages spéciaux, entre autres dans :

MONOD et VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*, t. I, p. 365, 1902.

BOUGLÉ. — *Chirurgie des artères, veines, lymphatiques et nerfs*, 1901.

Mentionnons seulement les indications bibliographiques *récentes* et spécialement celles qui ont trait aux incisions circulaires.

ARCHAMBAULT. — *Thèse*, Paris, 1891.

BEURNIER. — Les varices. Bibl. Charcot, Debove, 1894.

BRAULT. — Contribution au traitement chirurgical des ulcères de jambe. Soc. chirurg., 1903, p. 581.

CAILLOUÉ. — *Thèse*, Paris, 1899.

- CHARRADE. — *Thèse*, Paris, 1892.
- CRÉDÉ. — *Deutsch. Zeit. für chirurg.* Bd. LXXIII, p. 546, 1905.
- CORDEBART. — *Thèse*, Paris, 1893.
- COUDERC. — *Thèse*, Paris, 1898.
- DELBET (Paul). — In Chipault, travaux de neurologie, 1899.  
— Soc. de l'Internat de Paris, 14 juin 1904.
- DELBET (Pierre). — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.  
*Sem. méd.*, 1897, p. 372.
- DOLBEAU. — In *Thèse*, Lafaye, 1875.
- FORGUE. — Clin. chirurgic. de l'hop. St-Eloi. *Gaz. hebdom.*,  
Montpellier, 1888.
- LEDERHOSE. — In *Thèse*, Holzmann. Strasbourg, 1898.
- MADELUNG. — XIII<sup>e</sup> Congrès. Soc. all. de chirurgie, avril  
1884.
- MAGIN. — *Thèse*, Paris, 1903-1904.
- MAUCLAIRE. — *Thèse*, Paris, 1903-1904.
- MARIANI. — Simplification du procédé de Moreschi.
- MORESCHI. — *Riforma medica*, 1894, n° 273.
- QUÉNU. — *Rev. de chirurgie*, 1882.  
— Pathogénie des ulcères variqueux.
- RÉMY. — Congrès français de Chirurg., 1892.  
— *Bull. gén. de therap.*, 1895.  
— Congrès français de chirurg., 1898.
- SCHWARTZ. — *Rev. de chirurg.*, 1898, p. 1087, et traitement  
des varices par l'excision veineuse avec l'ablation des  
grands lambeaux cutanés. *Presse méd.*, 1898, n° 74.
- SOULIÉ. — Soc. chirurgic., 30 mai 1905.
- TERRIER. — Pathologie chirurgicale.
- VIANNAY. — *Rev. de chirurg.*, 1905, n° 1.
- WENZEL. — Soc. méd. Argentine, 1902, p. 149, et Berliner,  
1902, 10 février.

---

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZAŃAIS (INDRE)

---



LE RÔLE DE LA DISTENSION CARDIAQUE

DANS LA PRODUCTION DE

L'ANGINE DE POITRINE

# UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen**..... M. DEBOVE.  
**Doyen honoraire**..... M. BROUARDEL.  
**Professeurs honoraires**.. MM. DUPLAY, FARABEUF,  
 FOURNIER, JACCOUD.

| Professeurs.....                                        | MM.            |
|---------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie .....                                          | POIRIER.       |
| Physiologie .....                                       | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale .....                                 | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                        | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....              | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.....                            | BRISSAUD.      |
| Anatomie pathologique .....                             | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                         | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                            | MATHIAS DUVAL  |
| Pharmacologie.....                                      | SEGOND.        |
| Thérapeutique.....                                      | POUCHET.       |
| Hygiène .....                                           | GILBERT.       |
| Médecine légale.....                                    | CHANTEMESSE.   |
| Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....         | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale .....              | DEJERINE.      |
|                                                         | ROGER.         |
| Clinique médicale.....                                  | HAYEM:         |
|                                                         | DIEULAFOY.     |
|                                                         | DEBOVE.        |
|                                                         | LANDOUZY.      |
|                                                         | GRANCHER.      |
|                                                         | GAUCHER.       |
| Clinique des maladies des enfants.....                  | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies syphilitiques .....               | RAYMOND.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- | LE DENTU.      |
| céphale.....                                            | TERRIER.       |
| Clinique des maladies nerveuses .....                   | BERGER.        |
|                                                         | RECLUS.        |
| Clinique chirurgicale .....                             | DE LAPERSONNE. |
|                                                         | GUYON.         |
| Clinique ophtalmologique .....                          | PINARD.        |
| Clinique des voies urinaires.....                       | BUDIN.         |
| Clinique d'accouchements .....                          | POZZI.         |
| Clinique gynécologique.....                             | KIRMISSON.     |
| Clinique de chirurgie infantile.....                    |                |

## Agrégés en exercice.

| MM.            | MM.        | MM.        | MM.                  |
|----------------|------------|------------|----------------------|
| AUVRAY.        | DESGREZ.   | LAUNOIS    | POTOCKI.             |
| BALTHAZARD.    | DUPRE.     | LEGRY.     | PROUST.              |
| BEZANÇON.      | DUVAL.     | LEGUEU.    | RENON.               |
| BRANCA.        | FAURE.     | LEPAGE.    | RICHAUD.             |
| BRINDEAU.      | GOSSET.    | MACAIGNE.  | RIEFFEL, Chef des    |
| BROCA (André). | GOUGET.    | MAILLARD.  | travaux anatomiques. |
| CARNOT.        | GUIART.    | MARION.    | TEISSIER.            |
| CLAUDE.        | JEANSELME. | MAUCLAIRE. | THIROLOIX.           |
| CUNEO.         | LABBE.     | MERY.      | VAQUEZ.              |
| DEMELIN.       | LANGLOIS   | MORESTIN.  | WALLICH.             |

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.